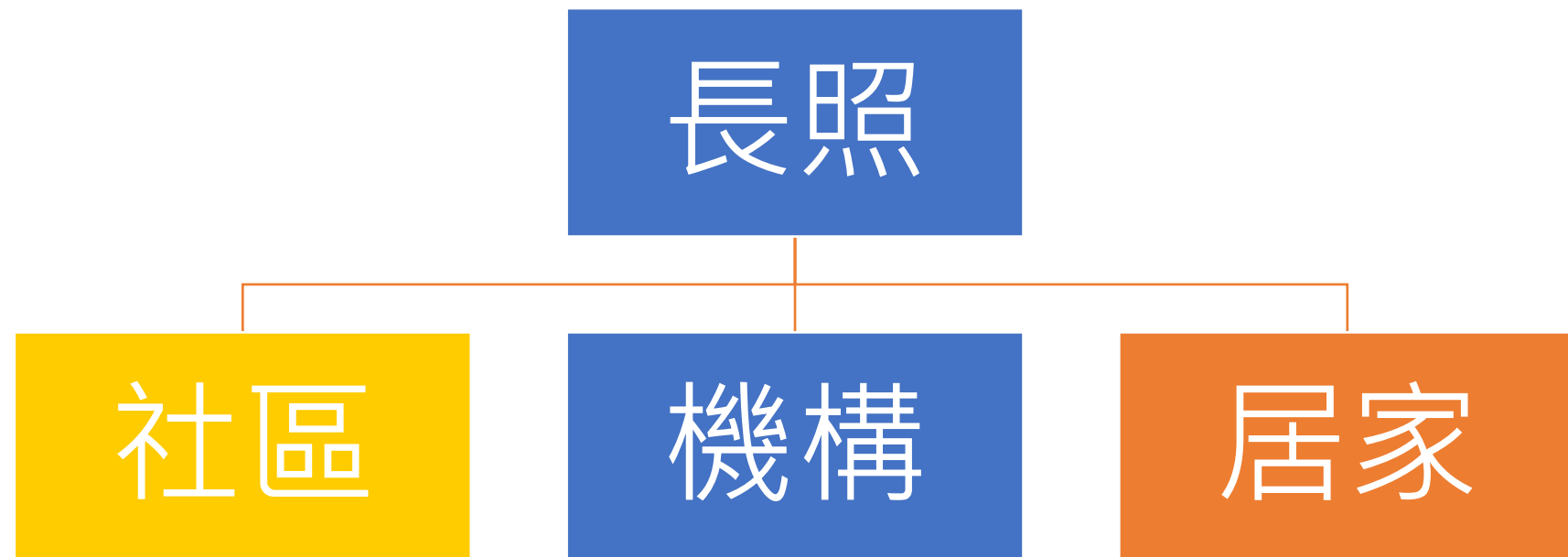
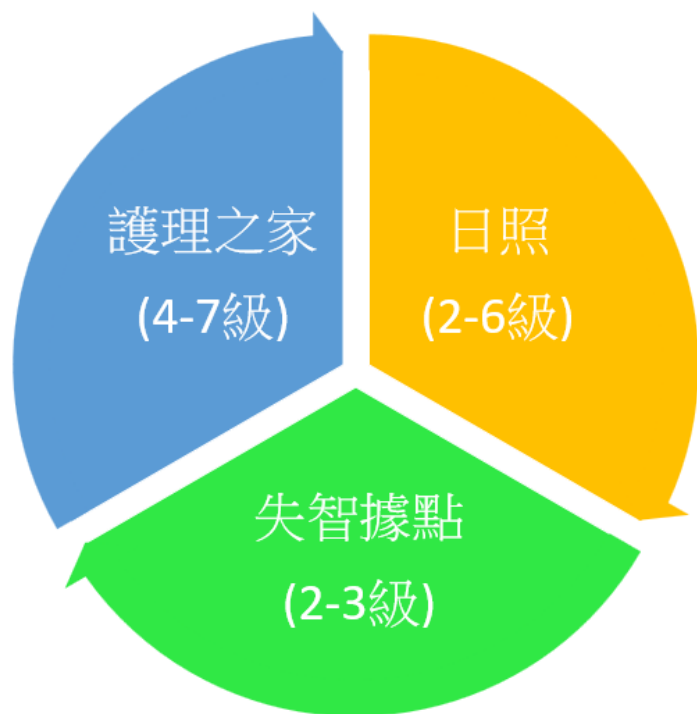


社區及機構實務概述

~以護理之家、日照、失智據點、地區醫院為例

王敏真

長照領域的樣態



2020年2月 走進長照產業 COVID-19 全球爆發
(長照2.0 2017年上路)

分級說明



CMS 2 級：
輕度失能

每月補助10020元

CMS 3 級：中度失能



CMS 4 ~ 5 級 中重度失能



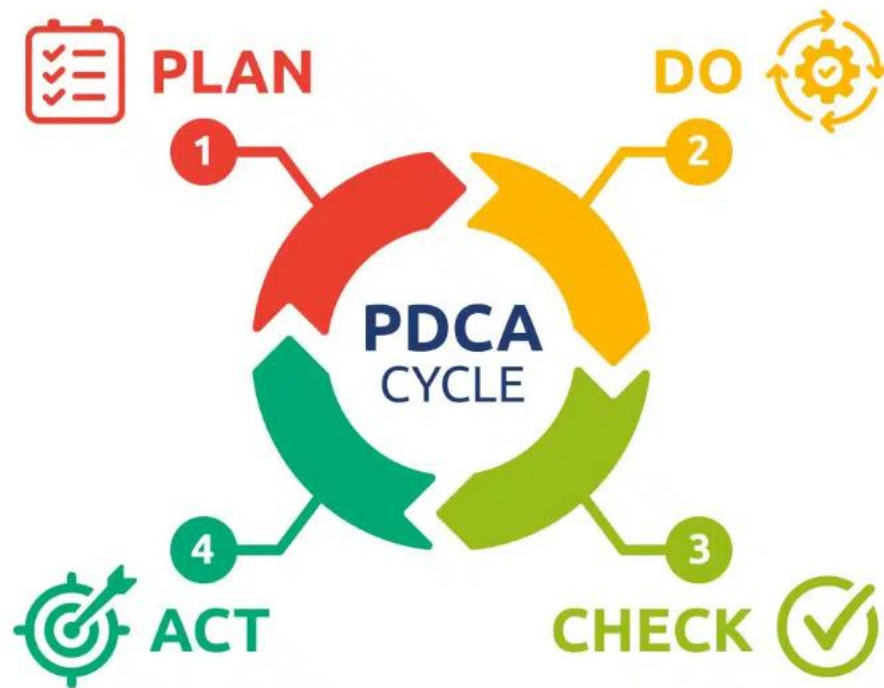
CMS 6 ~ 8 級：重度或完全失能



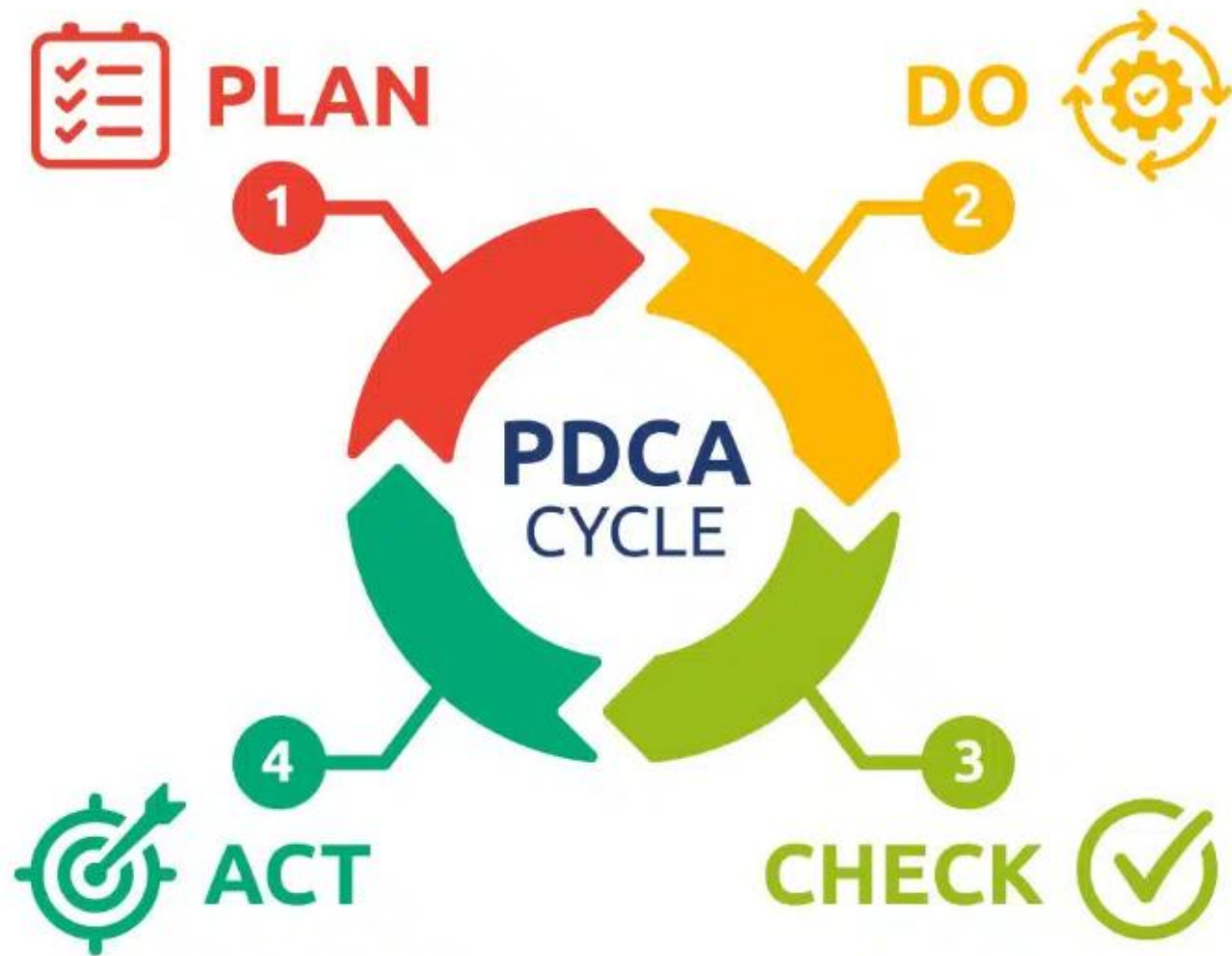
每月補助36180元



<p>1 照顧及專業服務</p> <p>居家照顧、社區照顧、專業服務</p>	<p>2 交通接送服務</p> <p>協助往返醫療院所就醫或復健</p>
<p>3 輔具與居家無障礙環境改善服務</p> <p></p>	<p>4 喘息服務</p> <p>提供家庭照顧者獲得休息時間</p>



1. 法案剛上路
(2019年)
2. 沒有人知道病主法
3. 新人人微言輕
對長照場域陌生
4. 推展失敗



理解內部需求

1. 團隊流動率高
2. 工作負荷大
3. 現有團隊缺乏動機

作為

4. 先從自己能控制的範圍開始，同時尋求盟友及外援

Framework

意圖期

準備期

行動期



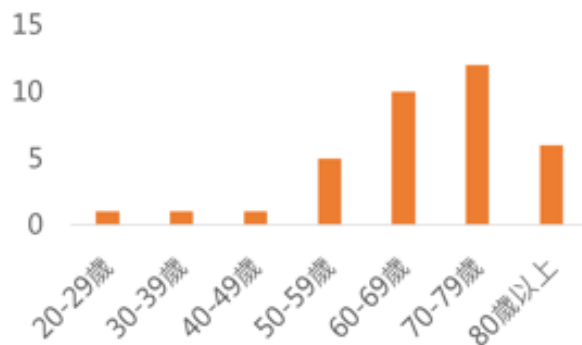
病人自主權利法
失智症族群桌遊



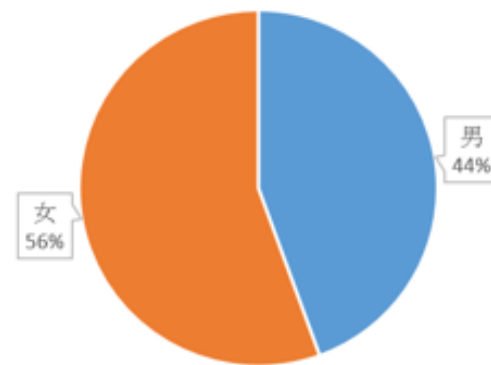
機構社工及照服員
帶領桌遊團體



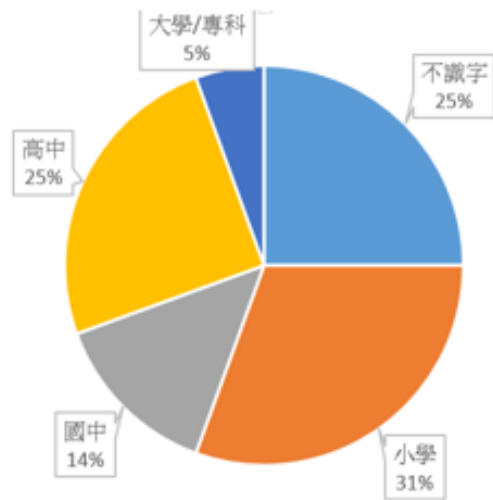
醫院ACP團隊外展
完成諮商並完成決定書



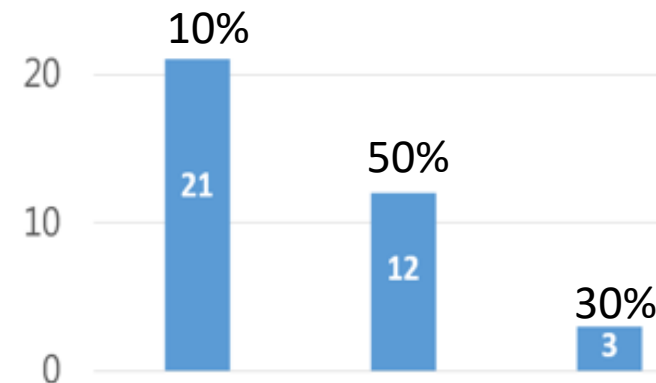
參與者年齡



性別



教育程度



收案來源

第一階段參與長者共**36**位

實際參與ACP則有**12**位

參與率約**33%**，其中**6**位身分為
(1低收、4身障+保安、2安置)

預立醫療完整生命旅程

16 和平、正義與
健全的司法



- 完成**77位長照人員**(護理**26位**、照服**41位**、社工**10位**)對病主法的認識
- 服務**18位個案及家屬**，爭取約**5萬費用贊助**(安置個案**6位**)，醫療團隊(**6位**)外展人事費約**3萬元**
- 海報發表於**2023/11/17**第六屆華人地區醫務社會工作國際研討會
(題目:在熟悉的地方安心終老-社區住宿型機構預立醫療照護諮商推動模式介入經驗探討)
- 不論在推廣與深耕層面上皆可 做為業界參考，並足以實踐國人**以平等 為基礎**，參與具有**高認知、透明度及公 正性的醫療決策**，以落實 **SDG16** 精神




前2次失敗原因

- 推廣ACP相同模式，但隔年卻失敗:
 - ✓ 組織內部阻力
 - ✓ 個人生涯規劃

- 器捐推廣，個案與家屬表示無意願
 - ✓ 認為年紀大，器官已無用途
 - ✓ 忌諱話題，不想談

前2次失敗原因

- 主管、工作團隊對安寧議題陌生且不熟悉
- 團隊不支持(無能力處理相關提問、連自己都沒有思考過此問題)
- 若團隊成員相對年輕，不會去想善終的事情
- 耕耘此議題需要時間
- 尋找外援不一定順利

An aerial photograph of a dense, green forest covering a hillside, with the forest's reflection clearly visible in the calm, dark water of a lake below. The scene is peaceful and serene.

FOR WE WALK
BY FAITH,
NOT BY SIGHT.

2 CORINTHIANS 5:7 ESV

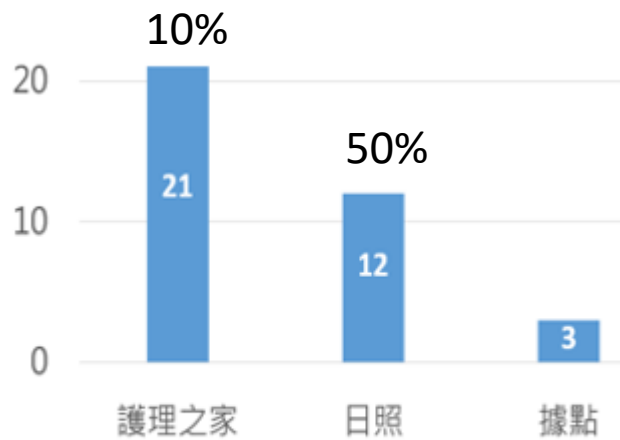
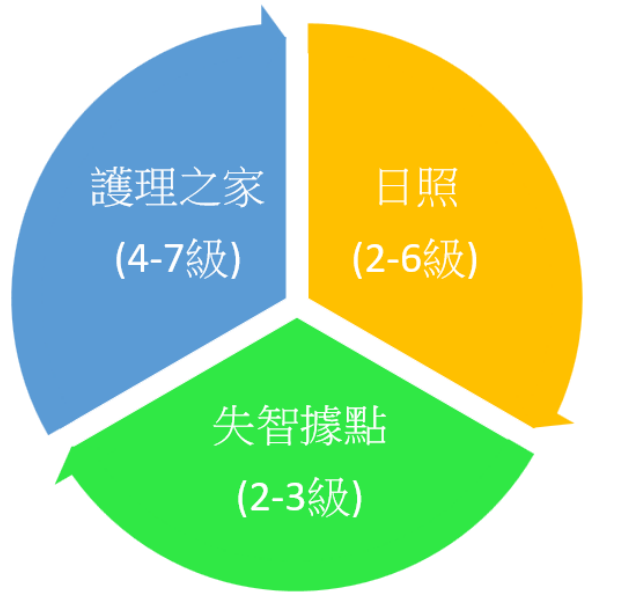
因我們行事為人是憑著信心，不是憑著眼見

從台北複合型單位

轉戰台中日照

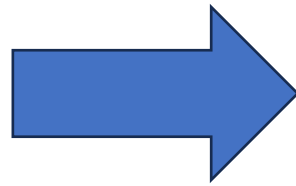


應用於日照



收案來源

參與比例上 日照為多
從廣度到深度



請問五成的日照長輩對醫療決定的想法 會選擇？

1. 維生,人工營養都不要
2. 沒想過
3. 禁忌不想談
4. 無法回答

台中日照長輩對病主法的想法

平均年齡82歲

	維生,人工 營養都不要	百分比	還沒 想過	百分比	禁忌 不想談	百分比	小計
大里	12	48%	11	44%	2	8%	25
西區	8	62%	3	23%	2	15%	13
南區	11	61%	7	39%	0	0%	18
總計	31	54%	21	37%	5	9%	57

統計時間:2025年7月 資料提供者:王敏真



對於病主大富翁的反應？

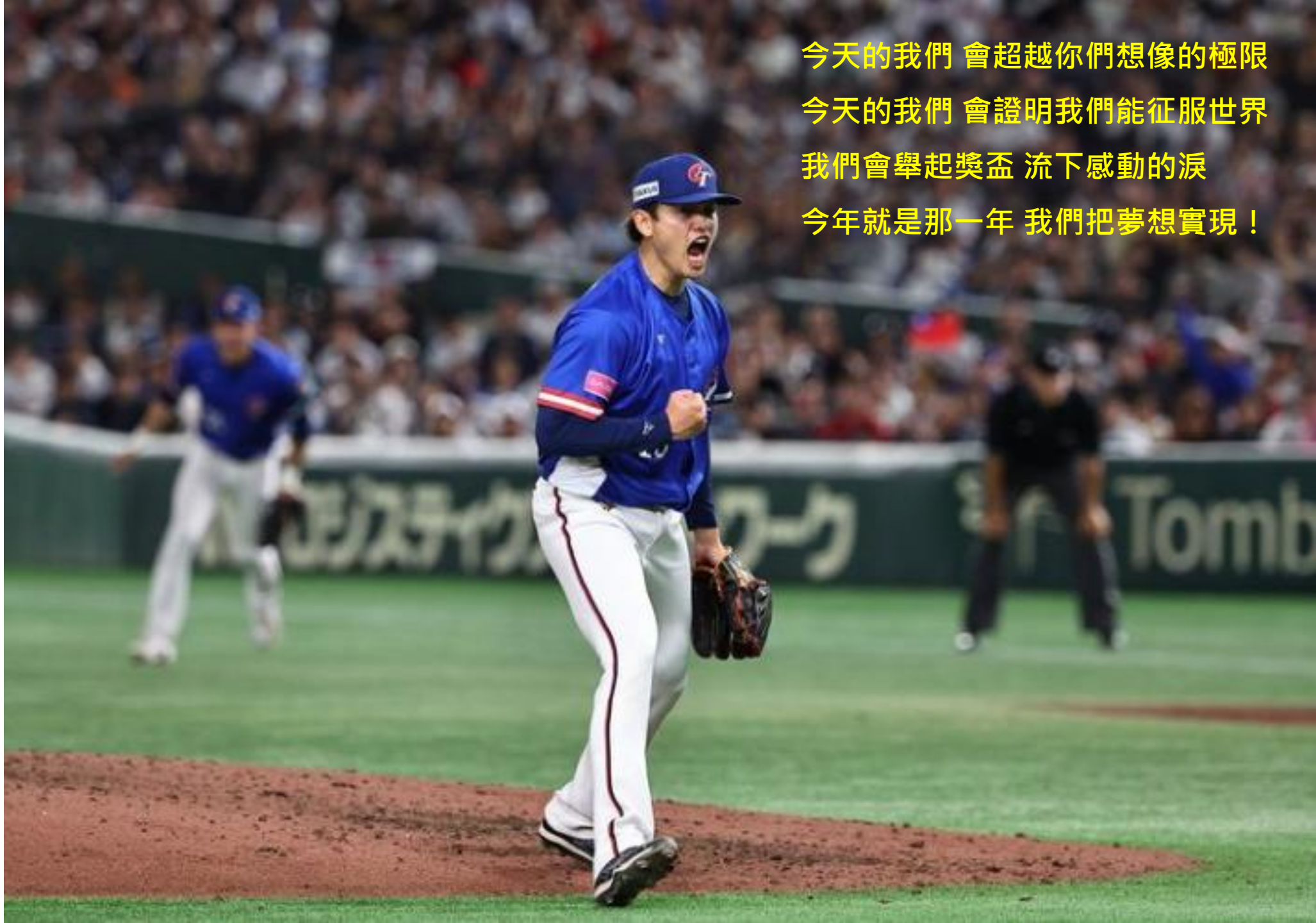
日照長輩對病主大富翁的反應

- 題目有些困難回應及理解
- 個案專注力略差，困難傾聽別人的想法
- 多組進行，場域聲音大，較難聽到別人說話

建議

- 多組進行，需至少每組能有2位引導
- 若答不出來，找其他人代答

今天的我們 會超越你們想像的極限
今天的我們 會證明我們能征服世界
我們會舉起獎盃 流下感動的淚
今年就是那一年 我們把夢想實現！



為了孩子的未來
我們在這裡相聚學習

感謝器捐暨病主中心的用心~~~收穫滿滿



創建一家讓人們**繼續在家生活**，而不是治療疾病的醫院
不只是提供醫療服務，而是幫助人們**按照想要的方式生活**

做對社區好的事!

甲狀腺外科、神經外科、
復健、急性後期照護PAC
在宅醫療、巡迴醫療、
居家安寧/安寧病房.....

與社區共生，
成為鄰里的韌性。

真厝味



員郭可以考慮轉型賣火鍋?

ACCP院內宣導課程 回饋分析

院內同仁問卷回饋整理





問卷回收概況

本次調查針對院內同仁進行ACP課程問卷回饋收集，共計回收有效問卷約22份，作為後續分析與推動策略之參考依據。



有效問卷數

約22份

回收院內同仁參與課程後填寫之問卷資料。



調查對象

院內同仁

涵蓋各單位參與ACP宣導課程之同仁。



認知差異分析

課前vs課後認知

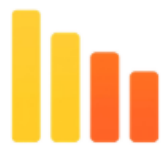
比較同仁對預立醫療認知的課前與課後變化。



簽署與意願分析

AD簽署/費用/意願

分析AD簽署現況、費用敏感度及未來參與意願。



課前/課後認知提升



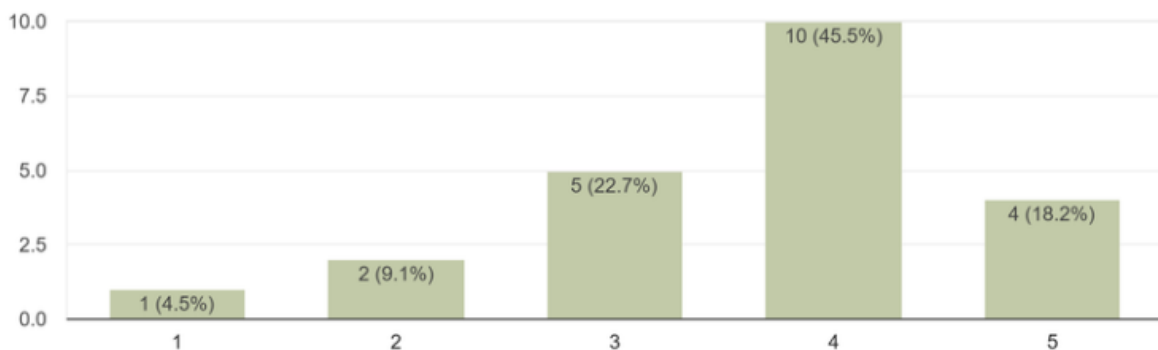
比較院內同仁參與ACP宣導課程前後，對預立醫療認知程度的變化，課程成效顯著。

課前

課前認知多集中在2-4分區間，顯示基礎認知仍有提升空間

1. 在聽課之前，你對預立醫療相關內容了解程度為何？

22 則回應

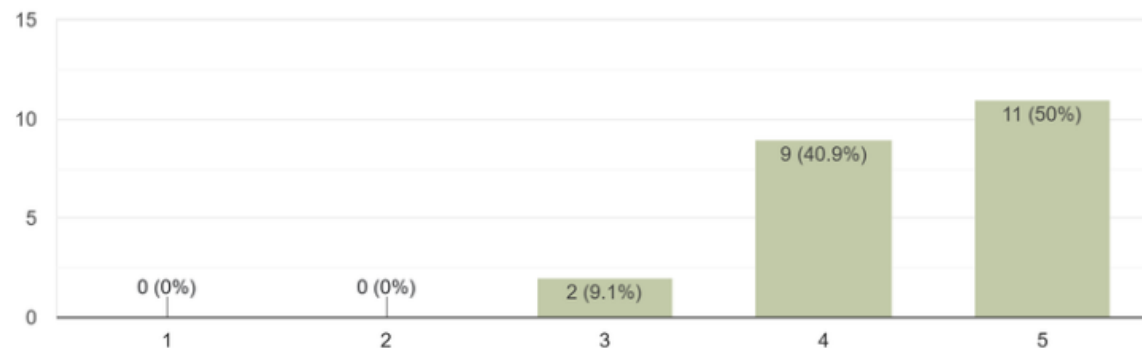


課後

課後認知顯著提升至**4-5分**，顯示課程有效強化同仁對ACP的理解。

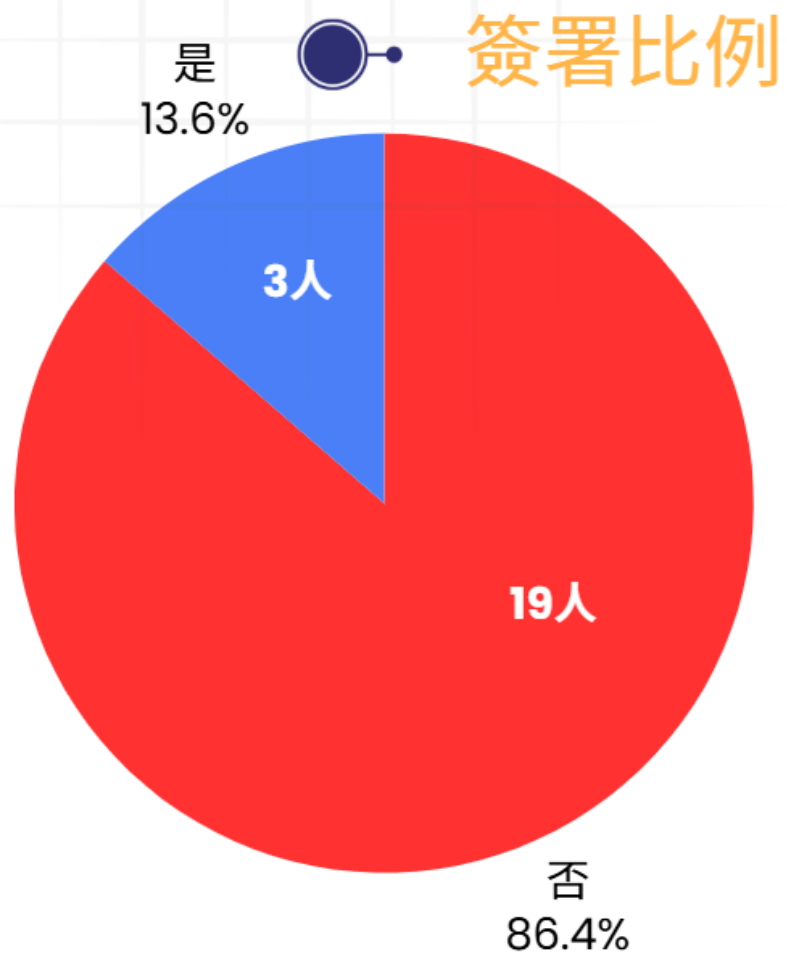
2. 在聽完本次分享之後，你對預立醫療相關內容了解程度為何？

22 則回應



AD簽署現況與未簽署原因

同仁未簽署 AD 的原因，主要不是反對 ACP，而是卡在「家庭討論尚未開始」、「目前急迫性不足」、「費用顧慮」與「時間安排不易」等實務門檻。

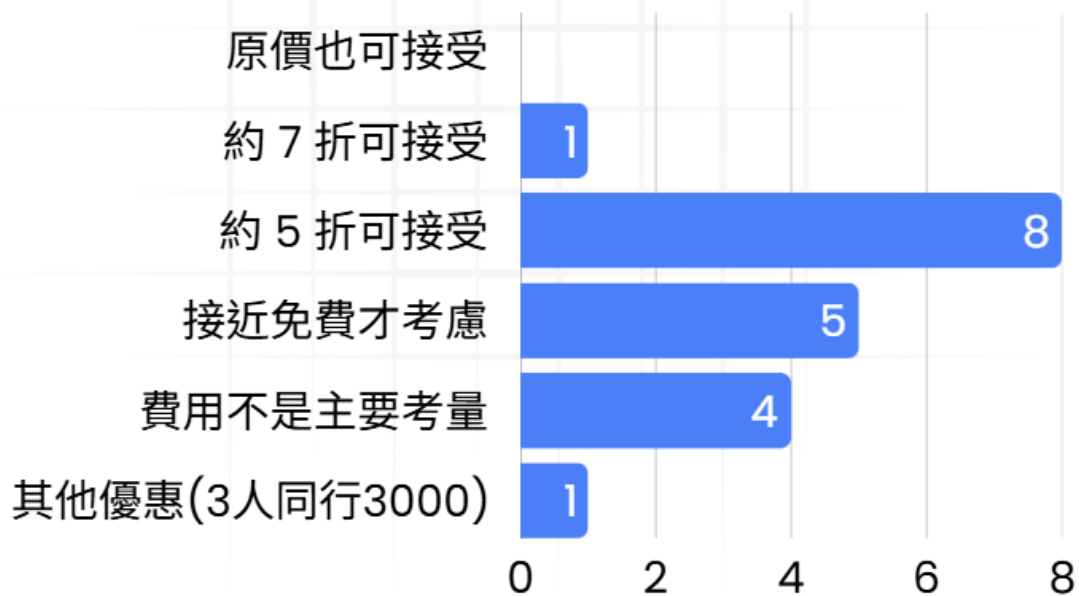


費用敏感度與參與意願

分析同仁對ACP費用接受程度及未來參與態度。多數同仁對費用較為敏感，推出優惠方案將有效提升參與意願。費用門檻是推動關鍵之一

● 費用接受區間

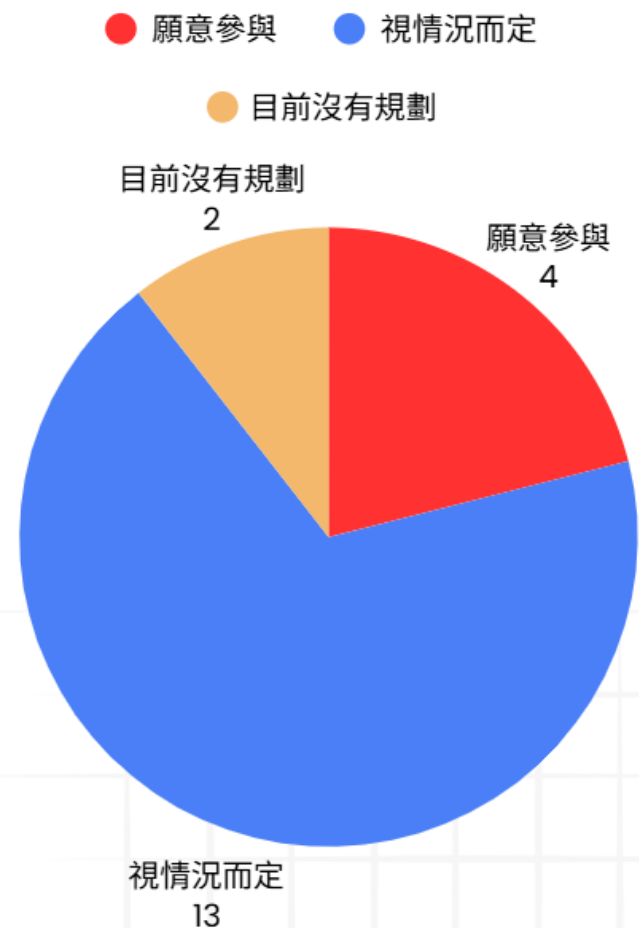
- 從表單看起來，很多人偏向：接近免費才考慮、約 5 折可接受



● 未來參與意願

回覆看起來以視情況而定、願意參與為主，完全拒絕的人不算多。

若院內未來提供 ACP 優惠或相關配套方案，多數同仁抱持開放態度，顯示透過制度設計與誘因安排，仍有推動空間。



推動建議與結論

同仁對本次課程最有感的部分，不只在知識本身，更在於透過互動與情境思考，開始意識到「醫療選擇」與「家人溝通」的重要性。同仁普遍建議，院內若要更順利推動 ACP，關鍵不只是「再講一次」，而是同時做到 增加曝光、降低費用、提升流程便利、並納入家屬參與。

1

增加宣導與曝光

- 多舉辦宣導講座
- 大廳螢幕播放
- 醫院電視／社區推廣
- 辦理活動持續宣導

2

降低費用門檻

- 優惠推廣
- 限量免費名額
- 員工免費
- 院內同仁免費做，再擴及家屬

3

提升流程便利

- 系統更便捷
- 諮詢櫃台更親近
- 費用公告更清楚

4

延伸到家屬與家庭溝通

- 讓家屬也能參與活動
- 不只是醫療人員理解，也幫助家屬面對議題

關於我們

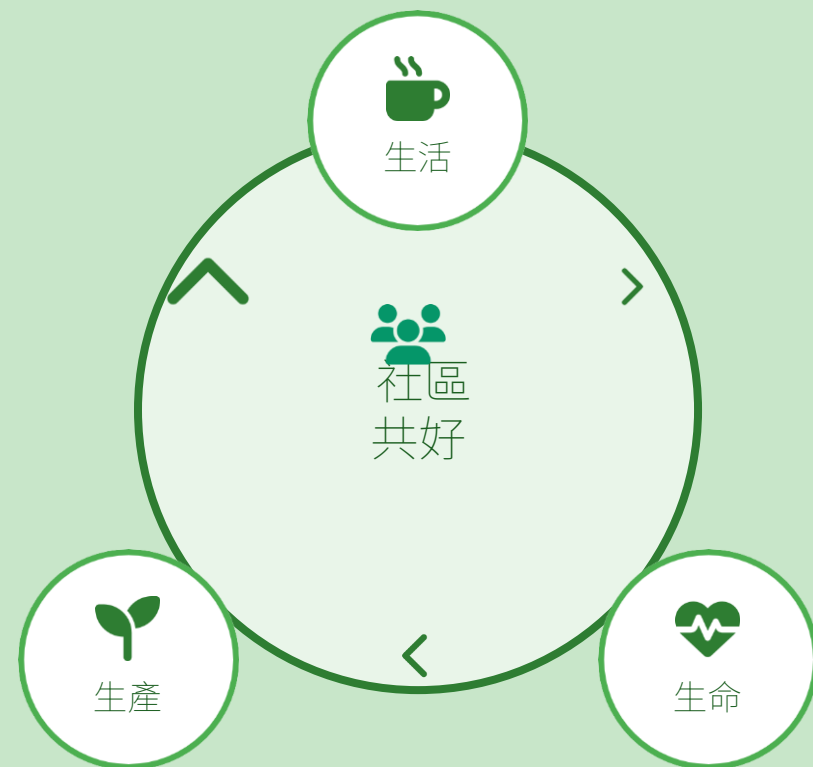
三草書社的發想

三草書社希望在員林打造一個
結合「閱讀、植物、生活」
與「社群對話」的第三空間。

我們關注三件事情：

- 生活
- 生產
- 生命

希望讓 醫療、土地與生活 重新連結。

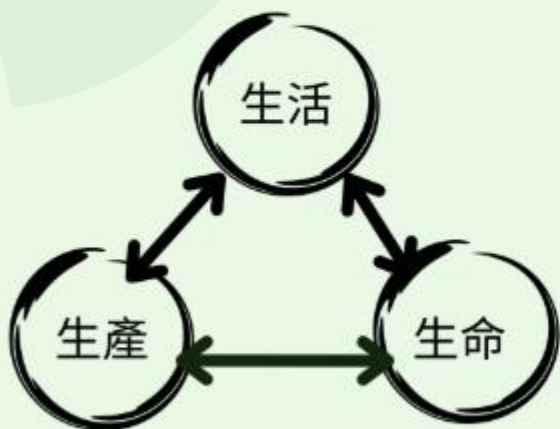


三生循環體系

三草書社的「三生」概念

這是我們規劃與合作的思考框架，從「生活 × 生產 × 生命」三個面向推展行動

Program: 三草書社的「三生」概念



生活

- 綠色生活路徑
- 質地飲食推廣廚房
- 格子圖書館：彰化學、台語、在地文化、農村文化
- 二手市集/無包裝商店/種子交換

生產

- 青草茶店
- 療癒花園
- 家庭照顧者咖啡館/茶館
- 二手市集/無包裝商店/種子交換

生命

- 在宅醫療、長照資源情報站
- 社會處方箋轉介站
- 推廣社區生死教育/預立醫療決定/安寧緩和
- 三草綠色照顧



“
期待一起在員林

讓「飲食、土地與照顧」重新連結



三草書社 / 員郭醫院在宅醫療團隊